DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

Passage au test immunologique

CNPHGE
Conseil National Professionnel d'Hépato-Gastroentérologie

Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
SNFGE

FFCD

Société Française d'Endoscopie Digestive
SFED

Société Nationale Française de Colo-Proctologie

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES

L'Assurance Maladie

msa santé famille retraite services

RSI Régime Social des Indépendants

Plan cancer 2014-2019

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LES OBJECTIFS DE CE DIAPORAMA SONT DE :

Rappeler les principales données du cancer colorectal et l'**enjeu de santé publique** associé à son dépistage

Présenter les **bénéfices et les limites** du dépistage organisé du cancer colorectal

Présenter les **principales évolutions du programme** de dépistage et notamment le **nouveau kit de dépistage**

Rappeler le **rôle essentiel du médecin généraliste** et aborder les leviers et outils à sa disposition

DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

SOMMAIRE

1/ Le cancer colorectal : un enjeu de santé publique

2/ Le dépistage organisé du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen
- Balance bénéfices/risques
- Du test au gaïac au test immunologique

3/ Le médecin généraliste, acteur clé du dépistage organisé du cancer colorectal
- Orientation du patient en fonction du niveau de risque

4/ Le kit de dépistage

5/ Les cas particuliers ne relevant pas du dépistage par test immunologique

6/ Les outils à disposition du médecin généraliste

Références

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

1/ Le cancer colorectal :

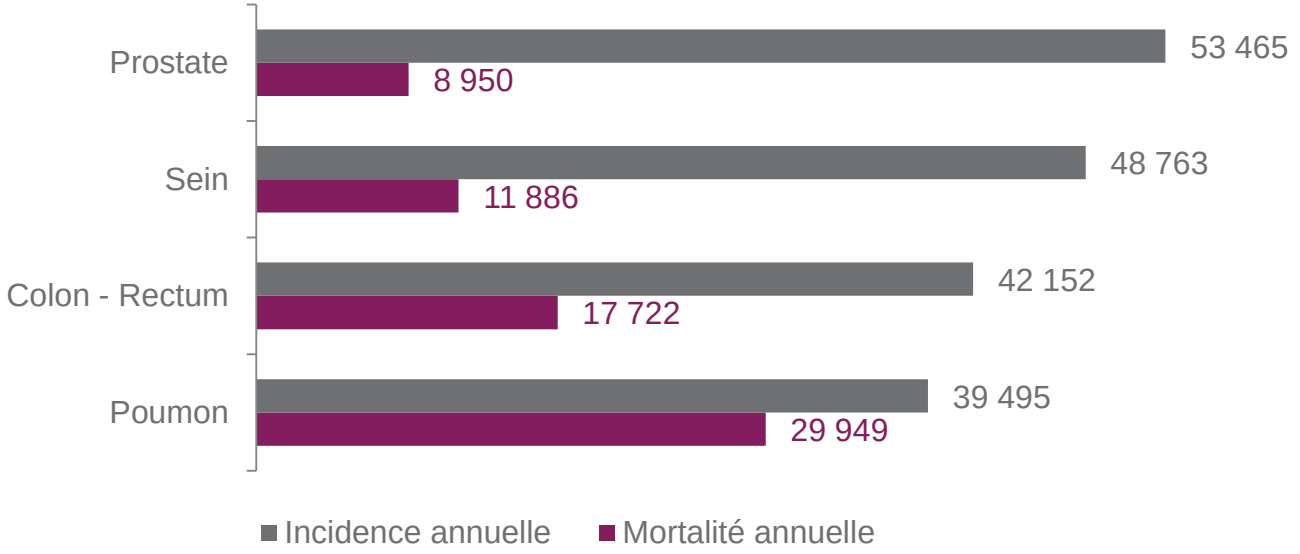
un enjeu de santé publique

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LE CANCER COLORECTAL (CCR) : *un enjeu de santé publique*

- **3e cancer** le plus fréquent :
  - **2e cancer** chez la femme (après le cancer du sein)
  - **3e cancer** chez l'homme (après les cancers du poumon et de la prostate)
- **2e cancer** le plus mortel

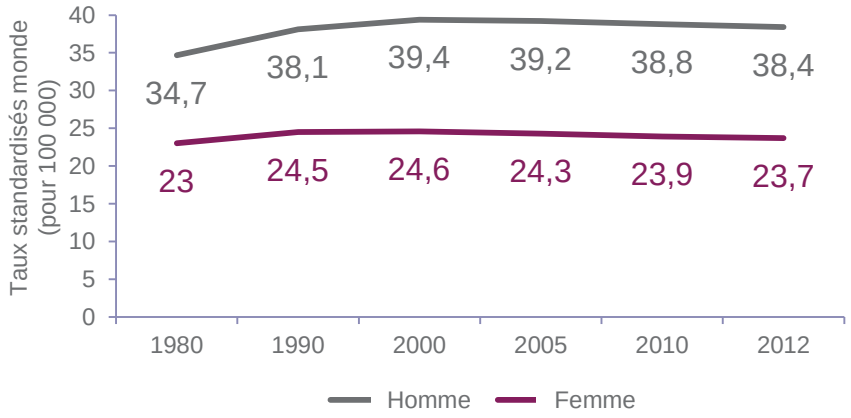
Nombre de cas et de décès annuels liés aux 4 cancers les plus fréquents



INSTITUT NATIONAL DU CANCER

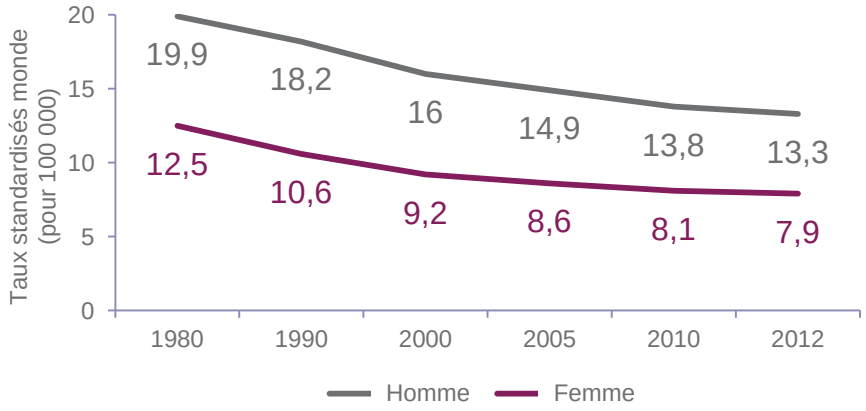
DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

UN TAUX D'INCIDENCE RELATIVEMENT STABLE ET UN TAUX DE MORTALITÉ EN BAISSE



Évolution des taux d'incidence de 1980 à 2012 :

- *Baisse de ≈ 3 % depuis 2000*



Évolution des taux de mortalité de 1980 à 2012 :

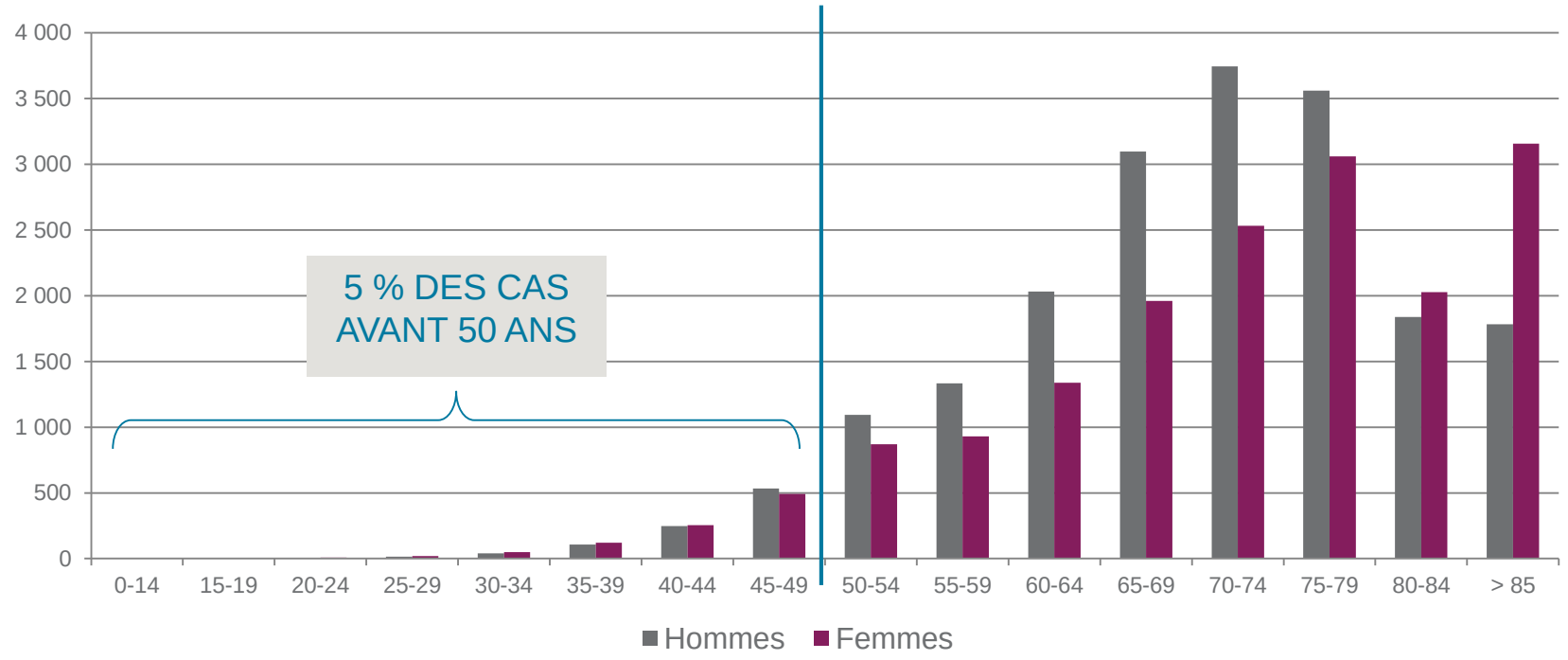
- *Baisse de ≈ 15 % depuis 2000*

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

UN CANCER QUI SURVIENT MAJORITAIREMENT APRÈS 50 ANS

À 75 ans : 4 hommes et 3 femmes sur 100 auront développé un CCR



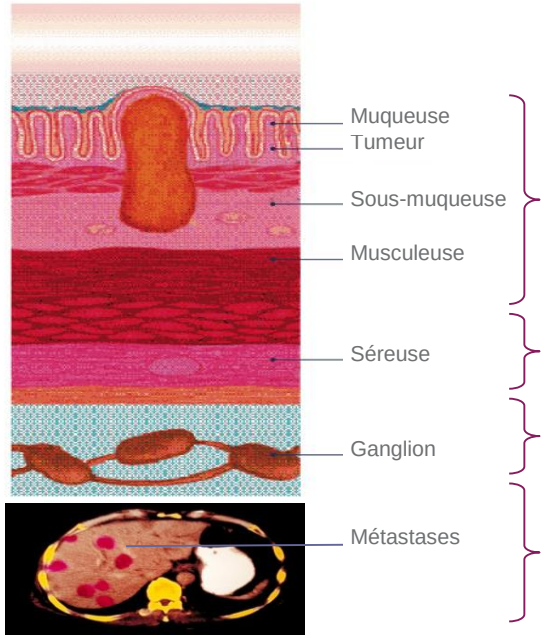
Incidence des cancers colorectaux en fonction de l'âge (2012)

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

UNE MEILLEURE SURVIE EN CAS DE DÉTECTION AUX STADES PRÉCOCES

Survie[1] globale (tous stades 1 à 4) à 5 ans : 56 %, et à 10 ans : 50 %



STADES DES LÉSIONS DÉTECTÉES		SURVIE[2] PAR STADE À 5 ANS
Précoces	0 – In situ	90 %
	1 – Superficielle	
	2 – Paroi du côlon	
Régional	3 – Ganglions	70 %
Métastatique	4 – Métastases	13 %

(SEER) 2014 États-Unis.

(1) *Survie nette.*

(2) *Survie relative.*

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LE CANCER COLORECTAL (CCR) : *3 niveaux de risque*

NIVEAU DE RISQUE	MOYEN	ÉLEVÉ	TRÈS ÉLEVÉ
Personnes concernées	**Population générale :** ▪ 50 à 74 ans ▪ sans symptôme	**Antécédent d'adénome « avancé » (AA) ou de CCR :** ▪ personnel ▪ un parent 1er degré < 65 ans ou deux parents 1er degré (quel que soit l'âge) **Antécédent personnel de MICI** (maladie inflammatoire chronique intestinale) : ▪ maladie de Crohn ▪ rectocolite hémorragique	**Prédisposition héréditaire :** ▪ polypose adénomateuse familiale ▪ cancer colorectal héréditaire non polyposique (HNPCC ou syndrome de Lynch)
Risque de cancer colorectal vie entière	**3 à 4 %**	**4 à 10 %**	**40 à 100 %**
% des cancers colorectaux diagnostiqués	**≈ 80 %**	**15 à 20 %**	**1 à 3 %**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE SELON LE NIVEAU DE RISQUE

Les personnes à risque élevé ou très élevé de développer un cancer colorectal doivent se voir proposer une autre modalité de dépistage ou de suivi.

SCHÉMA SIMPLIFIÉ DES CONDUITES À TENIR EN FONCTION DU NIVEAU DE RISQUE

PATIENT À RISQUE MOYEN	PATIENT À RISQUE ÉLEVÉ	PATIENT À RISQUE TRÈS ÉLEVÉ
↓	↓	↓
Dépistage organisé Test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles	Consultation chez un gastroentérologue	Consultation chez un gastro-entérologue
	↓	↓
	Coloscopie	Consultation d'oncogénétique : recherche de mutation si le risque très élevé est confirmé (mutation avérée)
		↓
		Chromocoloscopie

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

2/ Le dépistage du cancer colorectal chez les personnes à risque moyen

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

CONDITIONS NÉCESSAIRES À L'ORGANISATION D'UN PROGRAMME DE DÉPISTAGE[1]

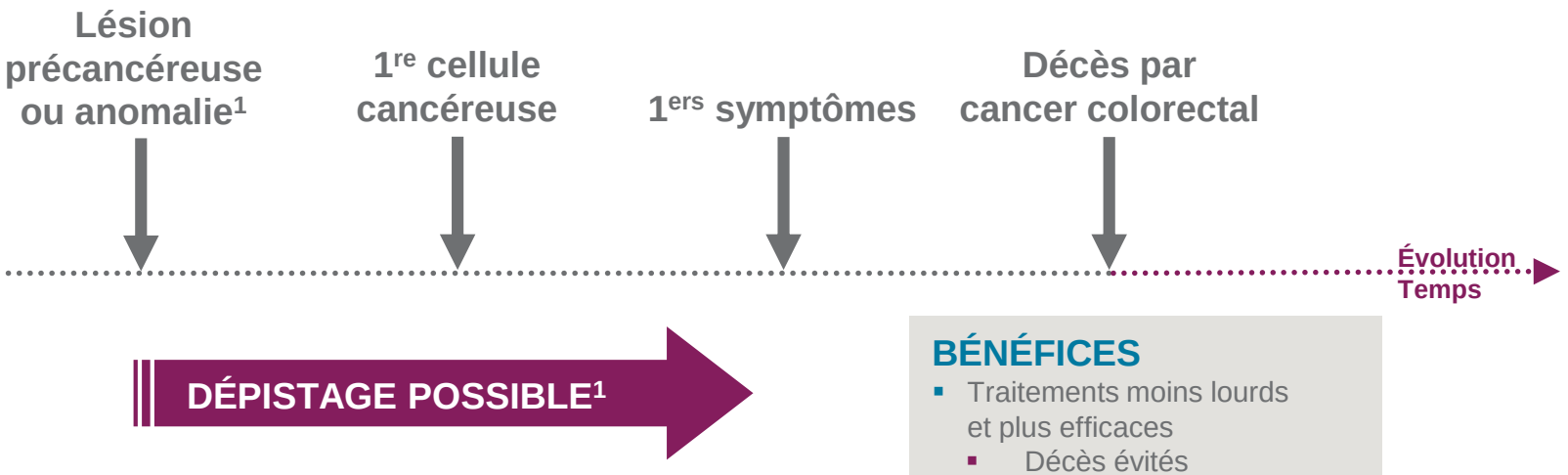
- Problème de santé publique
  compte tenu par exemple de la fréquence et de la gravité de la maladie
- Histoire naturelle connue et existence d'une phase de latence ou préclinique
  ce qui permet un positionnement du dépistage
- Test de dépistage adapté simple à mettre en œuvre, fiable, reproductible et valide
- Test acceptable par la population
  par exemple : test non invasif, sans effet indésirable, pris en charge à 100 %...
- Moyens de diagnostic, traitement disponible et efficacité du programme de dépistage sur la réduction de la mortalité ou la morbidité évaluée et établie
- Balance bénéfices/risques favorable
- Programme efficient

(1) *D'après l'OMS et Anaes.*

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LE DÉPISTAGE :
agir précocement pour optimiser les chances du patient

Le dépistage (OMS) : *« Effectuer un tri entre les personnes apparemment en bonne santé mais probablement atteintes d'une maladie donnée et celles qui en sont probablement exemptes. »*



BÉNÉFICES
- Traitements moins lourds et plus efficaces
  - Décès évités
  - Années de vie gagnées
  - Séquelles moindres
- Cancers évités

(1) *Selon le type de test.*

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

BALANCE BÉNÉFICES/RISQUES DU DÉPISTAGE ORGANISÉ : *les bénéfices*

Détection des cancers à un stade plus précoce :

- Traitements plus efficaces apportant de **meilleures chances de guérison** (réduction de la mortalité)
- **Traitements moins lourds** et réduisant les séquelles (impact sur la morbidité)
  - **2/3 des cancers détectés traités par chirurgie seule**

Détection des lésions précancéreuses avant qu'elles ne se transforment en cancer

Autres avantages :

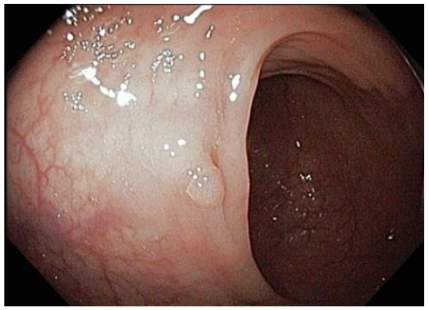
- Amélioration de la qualité des pratiques de dépistage
- Lutte contre les inégalités

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

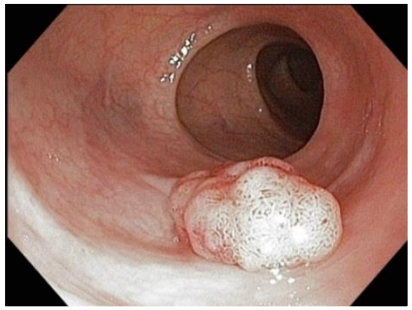
DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

IMPACT SUR LA MORTALITÉ ET L'INCIDENCE

0 → **10 ans**



1 000 polypes



100 adénomes

25 cancers

60-80 % de ces cancers se développent sur un adénome

Du fait de l'histoire naturelle du cancer colorectal, le programme de dépistage permet d'avoir un impact sur **la mortalité** ET **sur l'incidence des cancers colorectaux**

- **impact sur la mortalité** démontré (avec test au gaïac) : ↘ 15 à 18 % de la mortalité par cancer colorectal
- impact sur l'**incidence** (avec test immunologique) : ↘ ≈ 20 % chez les participants

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

DONNÉES D'ÉVALUATION DU DÉPISTAGE ORGANISÉ AVEC LE TEST AU GAÏAC

Un taux de **participation insuffisant:**

- taux de participation national : 30 % (2013-2014)
- hommes : 28 % / femmes: 31,5 %

(Recommandation européenne de 45 % de participation minimum)

Taux de positifs en baisse depuis 2009 : 2,2 % en 2013-2014

(Soit estimation sur 2009-2014 : ≈ 450 000 tests positifs)

Taux de **réalisation de la coloscopie après test positif :** 87 %

- ≈ 6,9 % de cancers détectés après coloscopie (2010-2011)

  (Soit estimation sur 2009-2014 : **≈ 27 500 cancers détectés**)
- ≈ 18 % d'adénomes avancés détectés après coloscopie (2010-2011)

  (Soit estimation sur 2009-2014 : **≈ 72 500 porteurs d'au moins un AA détectés**)

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

DÉPISTAGE ORGANISÉ :
du test au gaïac au test immunologique

TEST AU GAÏAC	TEST IMMUNOLOGIQUE
Non spécifique de l'Hb humaine Basé sur l'activité peroxydasique de l'hème	Spécifique de la globine de l'Hb humaine
Lecture visuelle	Lecture automatisée, résultats quantitatifs avec un seuil de positivité réglable
Sensibilité cancer : ≈ 35 à 40 % Sensibilité AA: ≈ 10 %	Sensibilité cancer : ≈ 65 à 75 % Sensibilité AA: ≈ 25 %
Spécificité : ≈ 98 %	Spécificité : ≈ 96 à 98 %
Taux de positifs : 2,2 % (InVS 2013-2014)	Taux de positivité cible: 4 % (⇨ plus de coloscopies)
VPP Cancer : ≈ 7 % (InVS) VPP AA+Cancer : ≈ 25 à 45 % (selon études) Faux négatifs : ≈ 3 ‰	**Avec un taux de positivité de 4 % :** VPP Cancer : ≈ 7 à 8 % VPP AA+Cancer : ≈ 33 à 48 % (selon études) Faux négatifs : ≈ 1 à 1,5 ‰

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LES « PLUS » DU TEST IMMUNOLOGIQUE

PLUS PERFORMANT

- Au seuil de 150 ng Hb/ml :
  - ≈ **2 fois plus** de cancers détectés
  - ≈ **2,5 fois plus** d'adénomes avancés détectés

PLUS SIMPLE

- **1 seul prélèvement** de selles
- 1 test plus **ergonomique,** plus simple et **rapide** d'utilisation

PLUS FIABLE

- **Lecture automatisée**
- **Ajustement possible du seuil de positivité**

Le test de dépistage retenu a fait l'objet d'études en population dans la situation du programme de dépistage pour la démonstration de son efficacité (≠ des tests immunologiques utilisés en laboratoire de ville pour le diagnostic)

MEILLEURE PARTICIPATION ATTENDUE DE LA POPULATION CIBLE : + 10 à 15 points

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LES RISQUES LIÉS À LA COLOSCOPIE SUITE À UN TEST POSITIF

Cancers détectés pour 7 à 8 % des tests positifs, néoplasies avancées pour 26 à 40 %

Estimation des risques liés à la coloscopie :

*Combinaison des données nationales de l'assurance maladie (**toutes coloscopies y compris diagnostiques**) et des données d'une étude de suivi spécifique **dans le cadre du dépistage** en Alsace*

- Complications modérées à sévères : 1 à 4,5 ‰ coloscopies (surtout après procédure thérapeutique)
  - **Perforations intestinales : 0,5 à 1 ‰ actes**
  - **Hémorragies : 1 à 3 ‰ actes**

- Décès consécutifs aux complications : 1/18 000 à 1/10 000 coloscopies

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

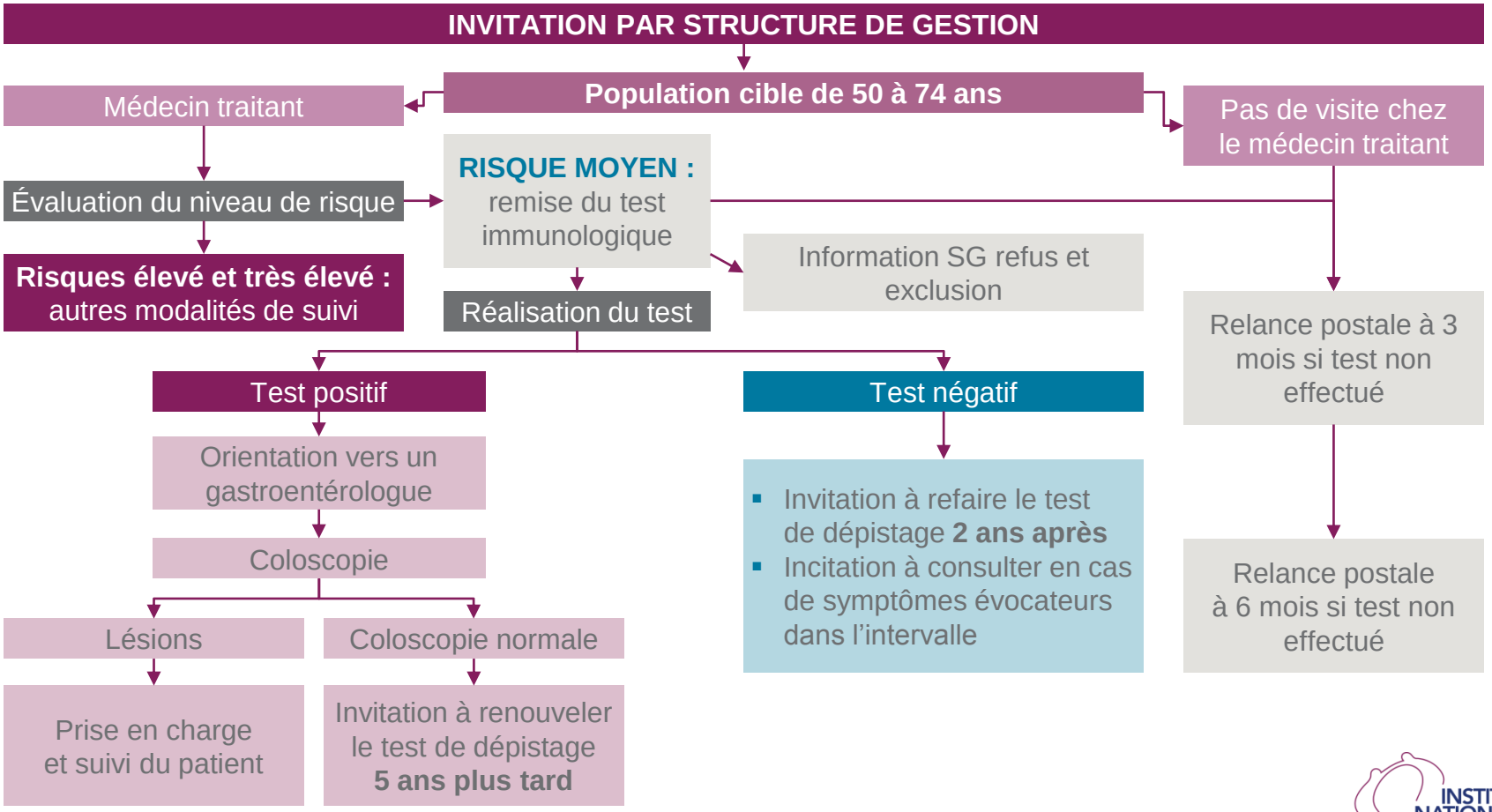
3/ Le médecin généraliste,

acteur clé du dépistage organisé du cancer colorectal

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : *un rôle essentiel*


INVITATION PAR STRUCTURE DE GESTION
Population cible de 50 à 74 ans
Médecin traitant
Évaluation du niveau de risque
Risques élevé et très élevé : autres modalités de suivi
RISQUE MOYEN : remise du test immunologique
Réalisation du test
Information SG refus et exclusion
Pas de visite chez le médecin traitant
Relance postale à 3 mois si test non effectué
Relance postale à 6 mois si test non effectué
Test positif
Orientation vers un gastroentérologue
Coloscopie
Lésions
Coloscopie normale
Prise en charge et suivi du patient
Invitation à renouveler le test de dépistage 5 ans plus tard
Test négatif
Invitation à refaire le test de dépistage 2 ans après
Incitation à consulter en cas de symptômes évocateurs dans l'intervalle

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : *un rôle essentiel dans le dépistage organisé*

Propose la **modalité de dépistage** : suivi adapté au niveau de risque de la personne (en fonction des antécédents personnels et familiaux, de l'existence de symptômes)

***Dépistage organisé** si la personne est éligible (avec ou sans lettre d'invitation)*

- **Explique** le principe du dépistage et la stratégie en deux temps
- **Informe** la personne sur les avantages et limites du dépistage
- **Discute** de ses éventuelles réticences
- **Remet** le kit de dépistage si assentiment
- **Explique** les étapes du mode d'emploi et s'assure de leur bonne compréhension

TEST NÉGATIF :

- Informe qu'il faut **consulter en cas de symptômes** évocateurs et propose le test 2 ans plus tard

TEST POSITIF :

- Oriente vers un gastro-entérologue
- Convainc le cas échéant son patient de réaliser la coloscopie
- Suivi

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LES FREINS AU DÉPISTAGE

Les freins potentiels de la population cible

- **Ne se sent pas concerné** (âge, symptômes…)
- **Méconnaissance** des procédures de dépistage
- **Gêne à l'égard** de la localisation **au côlon et au rectum** (sujet tabou, partie intime du corps)
- **Représentation des selles**
- **Peur du résultat** (mais résultat positif dans 4 % des cas !)
- **Peur de la coloscopie**
- Précédent(s) test(s) négatif(s) (surtout de façon répétée)
- Facteurs d'inégalité (niveau d'éducation et CSP…)

Autres situations pouvant gêner le dépistage

- **Kit remis à tort** à une personne qui aurait dû être orientée vers une autre stratégie de dépistage (SG en informera le médecin)

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LES LEVIERS À LA PARTICIPATION

Qualité de la relation médecin-patient :
- un des éléments clés du dispositif de dépistage

Relation de confiance et légitimité du médecin :
- force de conviction importante dans l'adhésion et fidélité au programme de dépistage (tous les 2 ans)

En cas de personne non compliante : aborder les réticences et obstacles éventuels au dépistage puis :
- identifier ses connaissances dans le domaine,
- utiliser ses désirs et le niveau d'information pour adapter son discours,
- aider la personne à faire une balance décisionnelle et délivrer l'information,
- attendre son approbation pour délivrer les informations techniques,
- prendre en compte la réalité, les valeurs et les priorités de la personne si reste réticente (temporiser sans pour autant renoncer).

Aborder les apports du test immunologique :
- prélèvement de selles unique, simplicité d'utilisation et ses meilleures performances.

S'assurer de la compréhension des informations délivrées.

9 personnes sur 10 réalisent le test quand il est remis par le médecin

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

DÉPISTAGE ORGANISÉ : *les messages à transmettre aux patients à risque moyen*

RÉGULARITÉ ET SIMPLICITÉ

Tous les 2 ans : importance du dépistage **dès 50 ans**

1 seul prélèvement

Pris en charge à 100 %, sans avance de frais (« gratuit »)

BÉNÉFICES ET LIMITES

Fréquence et gravité du cancer colorectal

Détection de cancers à un stade débutant et de lésions avant transformation en cancer

Meilleures chances de guérison du cancer et contribue à l'éviter

Risques et limites : faux positifs et complications (coloscopie), mais minimes par rapport aux bénéfices attendus

BIEN RESPECTER LES CONSIGNES DE RÉALISATION DU TEST

Renseigner correctement **la fiche d'identification**

Compléter et placer correctement **l'étiquette autocollante** sur le tube de prélèvement

Respecter les modalités de prélèvement

- S'assurer de la bonne compréhension de la personne des consignes d'utilisation du kit de dépistage et de l'envoi du test au centre de lecture

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

4/ Le kit de dépistage du cancer colorectal

Le nouveau test immunologique

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

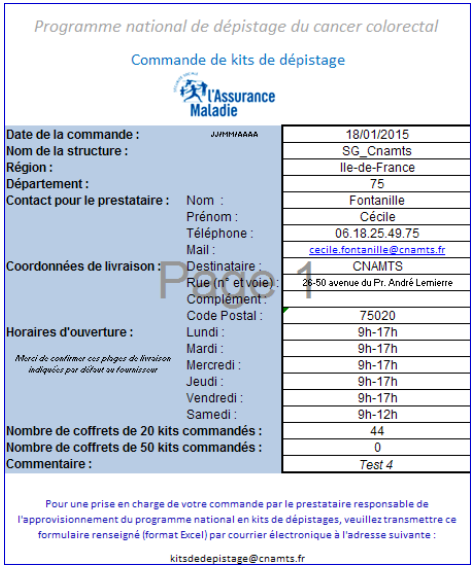
DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

2 POSSIBILITÉS DE COMMANDE DU KIT DE DÉPISTAGE

1. Sur votre espace pro Ameli *https://espacepro.ameli.fr*

L'Assurance Maladie
Espace pro
Le nouvel espace des professionnels de santé
Accéder à Espace pro
Accès sans carte CPS
Saisissez votre numéro d'Assurance Maladie *
Saisissez votre code d'accès *
Vous connecter
Code d'accès oublié ou compte bloqué ?
* Champ(s) obligatoire(s)
Accès avec carte CPS
Insérer la carte et cliquer sur le bouton "Vous connecter".
>> Infos
Vous connecter
Des informations pour chaque profession
Vous souhaitez accéder rapidement et directement aux informations générales qui vous concernent, sélectionnez votre profession :
Sélectionner votre profession
DIFFICULTÉS DE CONNEXION : Firefox 31
LISEZ CECI
Le centre d'appel est disponible au 0811 709 710
du lundi au vendredi de 8h à 18h.
S'inscrire à Espace pro
Demander un accès à Espace pro
Saisissez votre numéro d'Assurance Maladie
Valider
Bien que réalisés les paiements suivants ne s'affichent plus : Gardes et Astreintes, Rémunération Médecin traitant ALD.

2. Auprès de votre structure de gestion



Programme national de dépistage du cancer colorectal

Commande de kits de dépistage

L'Assurance Maladie

Date de la commande :	JJ/MM/AAAA	18/01/2015
Nom de la structure :		SG_Cnamts
Région :		Ile-de-France
Département :		75
Contact pour le prestataire :	Nom :	Fontanille
	Prénom :	Cécile
	Téléphone :	06.18.25.49.75
	Mail :	cecile.fontanille@cnamts.fr
Coordonnées de livraison :	Destinataire :	CNAMTS
	Rue (n° et voie) :	26-50 avenue du Pr. André Lemierre
	Complément :	
	Code Postal :	75020
Horaires d'ouverture :	Lundi :	9h-17h
Merci de confirmer ces plages de livraison indiquées par défaut au fournisseur	Mardi :	9h-17h
	Mercredi :	9h-17h
	Jeudi :	9h-17h
	Vendredi :	9h-17h
	Samedi :	9h-12h
Nombre de coffrets de 20 kits commandés :		44
Nombre de coffrets de 50 kits commandés :		0
Commentaire :		*Test 4*

Pour une prise en charge de votre commande par le prestataire responsable de l'approvisionnement du programme national en kits de dépistages, veuillez transmettre ce formulaire renseigné (format Excel) par courrier électronique à l'adresse suivante :

kitsdedepistage@cnamts.fr

- NB. : Les anciens kits au gaïac peuvent être jetés sans précaution particulière.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LE KIT DE DÉPISTAGE

VOLET 1

Le mode d'emploi disponible également en vidéo sur e-cancer.fr

VOLET 2

La **fiche d'identification à compléter**

Le dispositif de recueil des selles

VOLET 3

Le **tube de prélèvement**

Le sachet de protection du test

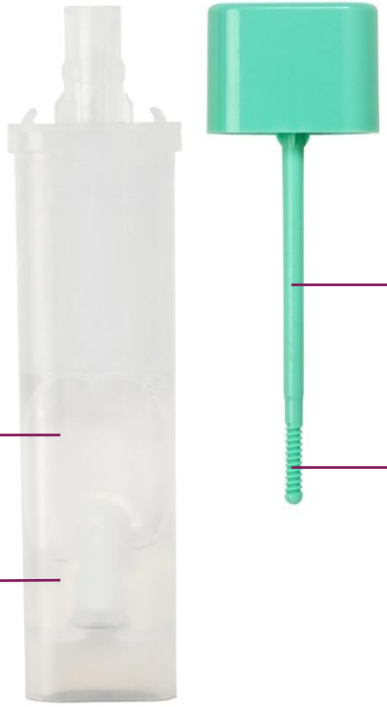
L'enveloppe T de retour du test

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

LE TEST IMMUNOLOGIQUE

LE SEPTUM :
permet de contrôler
et calibrer la quantité
de selles introduite
dans le volume de tampon.



LA TIGE DE PRÉLÈVEMENT :
son extrémité est striée
et permet la collecte
de l'échantillon de selles.

La partie striée de la tige doit être recouverte de selles.

LE TAMPON :
conserve l'échantillon
jusqu'à la lecture.
Des agents stabilisants
limitent la protéolyse
de la globine.

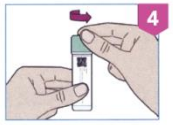
INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LE TEST DE DÉPISTAGE

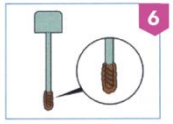
Les modalités de recueil des selles

3 Un dispositif de recueil des selles est à disposer sur la lunette des toilettes.

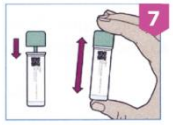


4 La tige qui est à l'intérieur du tube permet de recueillir les selles.

5 Il s'agit de gratter les selles à leur surface à plusieurs reprises de manière à recouvrir la partie striée du bâtonnet.



6 Une fois les selles prélevées, le bâtonnet est introduit dans le tube, qui doit être refermé.

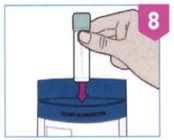


7 Il doit ensuite être secoué énergiquement.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

L'ENVOI DU TEST



8 Une fois refermé, le test est glissé dans l'enveloppe de protection.

9 L'enveloppe de protection, ainsi que la fiche d'identification complétées, sont à insérer dans l'enveloppe T de retour du test.

10 L'enveloppe doit être postée au plus tard 24 heures après la réalisation du test. Envoyer l'enveloppe le plus rapidement possible après sa réalisation.

Les résultats sont adressés sous 24 à 48 heures :
- au patient,
- au médecin traitant,
- à la structure de gestion.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LA FICHE D'IDENTIFICATION : *un élément important*

VOTRE PATIENT

A une lettre d'invitation

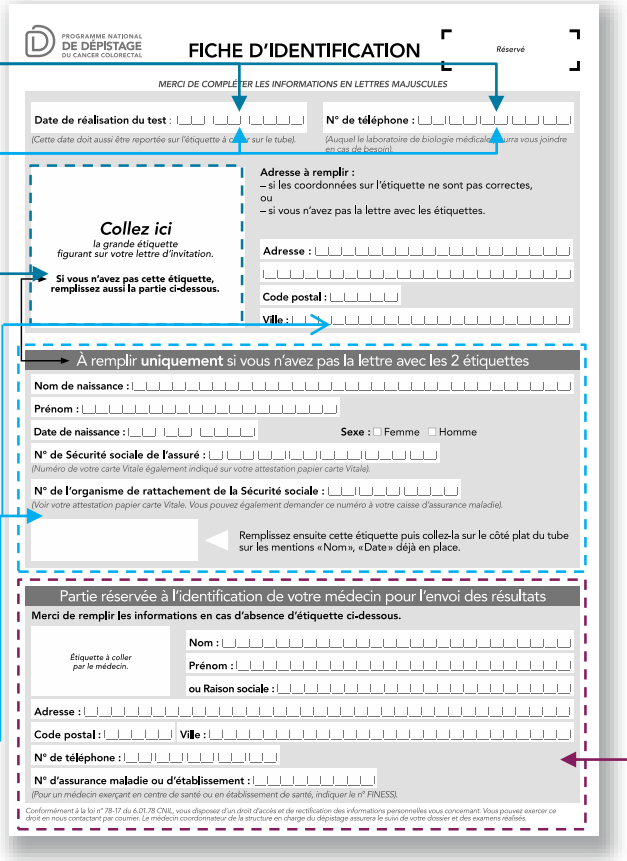
Il doit :

- remplir **« Date de réalisation » et « N° de téléphone »**
- y **coller la grande étiquette** reçue avec l'invitation
- coller sur le tube la petite étiquette reçue avec l'invitation et la date de son prélèvement de selles

N'a pas (plus) sa lettre d'invitation

Il doit :

- remplir **« Date de réalisation » et « N° de téléphone »**
- **remplir ces parties**
- remplir l'étiquette et la coller sur le tube de prélèvement



PROGRAMME NATIONAL DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

FICHE D'IDENTIFICATION

Réservé

MERCI DE COMPLÉTER LES INFORMATIONS EN LETTRES MAJUSCULES

Date de réalisation du test : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

(Cette date doit aussi être reportée sur l'étiquette à coller sur le tube).

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(Auquel le laboratoire de biologie médicale pourra vous joindre en cas de besoin).

Collez ici
la grande étiquette figurant sur votre lettre d'invitation.

Si vous n'avez pas cette étiquette, remplissez aussi la partie ci-dessous.

Adresse à remplir :
– si les coordonnées sur l'étiquette ne sont pas correctes, ou
– si vous n'avez pas la lettre avec les étiquettes.

Adresse : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code postal : |_|_|_|_|_|

Ville : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

A remplir **uniquement** si vous n'avez pas la lettre avec les 2 étiquettes

Nom de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Sexe : ☐ Femme ☐ Homme

N° de Sécurité sociale de l'assuré : |_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| |_|_| |_|_|

(Numéro de votre carte Vitale également indiqué sur votre attestation papier carte Vitale).

N° de l'organisme de rattachement de la Sécurité sociale : |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_| |_|_|_|

(Voir votre attestation papier carte Vitale. Vous pouvez également demander ce numéro à votre caisse d'assurance maladie).

Remplissez ensuite cette étiquette puis collez-la sur le côté plat du tube sur les mentions «Nom», «Date» déjà en place.

Partie réservée à l'identification de votre médecin pour l'envoi des résultats

Merci de remplir les informations en cas d'absence d'étiquette ci-dessous.

Étiquette à coller par le médecin.

Nom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Prénom : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ou Raison sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° d'assurance maladie ou d'établissement : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(Pour un médecin exerçant en centre de santé ou en établissement de santé, indiquer le n° FINESS).

Conformément à la loi n° 78-17 du 6.01.78 CNIL, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations personnelles vous concernant. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant par courrier. Le médecin coordonnateur de la structure en charge du dépistage assurera le suivi de votre dossier et des examens réalisés.

VOTRE IDENTIFICATION

Commande du kit réalisée via l'espace pro :

- **fiche préremplie**

Commande du kit auprès de la structure de gestion :

- **coller l'étiquette remise** par la structure de gestion
- ou **remplir cette partie.**

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

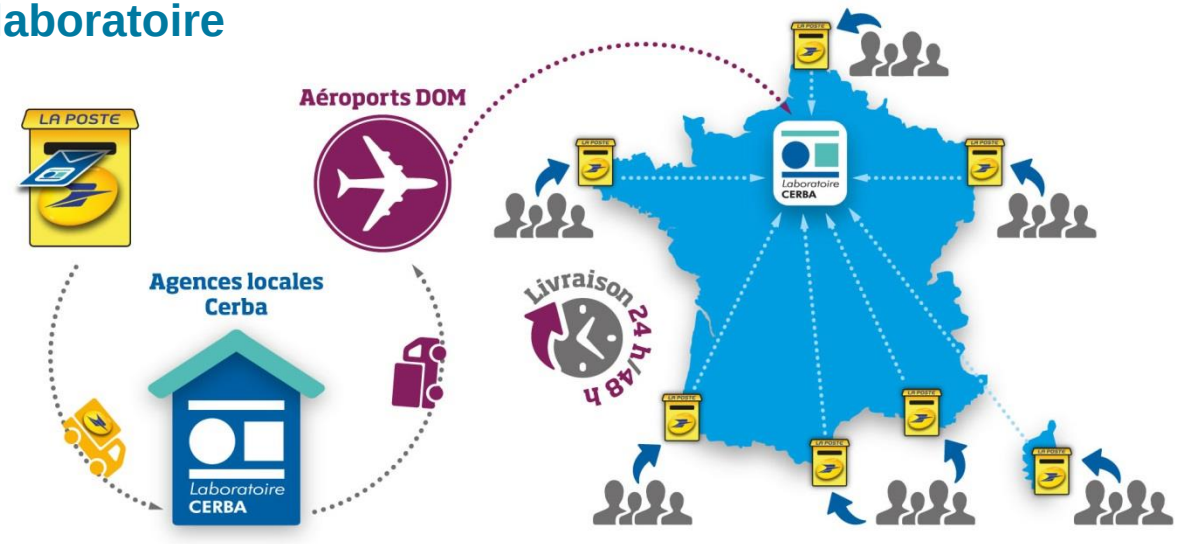
DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

ANALYSE CENTRALISÉE ET ACCÈS AUX RÉSULTATS

Acheminement vers le laboratoire

- Métropole : 24 heures
- DOM : 48 heures

Guadeloupe,
Martinique,
Guyane,
La Réunion,
Mayotte



Transmission des résultats au médecin:

- Par courrier
- Par serveur ou messagerie sécurisée

La personne reçoit son résultat par courrier ou en se connectant à un site sécurisé.

La structure de gestion est destinataire des résultats.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

5/ Les cas particuliers ne relevant pas du dépistage par test immunologique

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

AGIR FACE AUX SYMPTÔMES

Que ce soit au moment de la remise du test ou en termes de sensibilisation pour les 2 ans qui suivront un test de dépistage négatif :

- les personnes présentant une symptomatologie évocatrice de cancer colorectal relèvent d'une **coloscopie de diagnostic**
- les symptômes les plus évocateurs sont les suivants :
    - **présence de sang** (rouge ou noir) dans les selles,
    - **douleurs abdominales** d'apparition récente, persistantes ou inexpliquées (surtout après 50 ans),
    - **troubles du transit d'apparition récente :** diarrhée ou une constipation inhabituelle, ou une alternance de ces états, coliques violentes, syndrome rectal (faux besoins, ténesme, épreintes),
    - **amaigrissement** inexpliqué,
    - **[anémie ferriprive].**

Vous devez adresser ces personnes à un gastro-entérologue.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

PATIENTS À RISQUE MOYEN : *dans quels cas ne pas faire ou différer le test ?*

Si le résultat d'un test est positif, il est inutile de refaire un test de confirmation :

- la personne doit être adressée à un gastro-entérologue

EXAMENS ANTÉRIEURS JUSTIFIANT LE REPORT DU TEST IMMUNOLOGIQUE	DURÉE DU REPORT
Coloscopie totale	**5 ans**
Coloscanner seul ou coloscopie incomplète suivie d'un coloscanner	**2 ans** – sous réserve d'un avis médical
Test de recherche de sang dans les selles	**2 ans**

Une personne est en droit de refuser ce dépistage.

- Elle doit notifier son refus à la structure de gestion pour être considérée comme définitivement inéligible.
- Le médecin transmet également l'information du refus à la structure de gestion.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE
DES CANCERS
PARLONS-EN

6/ Les outils à disposition du médecin généraliste

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

INFORMATIONS ET OUTILS POUR AGIR : *pour votre pratique*

- Des fiches d'aide à la pratique
  - **« Le médecin traitant acteur du dépistage organisé du cancer colorectal »**
  - **« Dépistage par test immunologique et autres modalités »**
- Un espace d'information sur e-cancer.fr
- Ce diaporama en format e-pdf (mis en ligne fin avril)
- Un module e-fmc réalisé avec *Le Quotidien du médecin* (disponible fin avril)

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

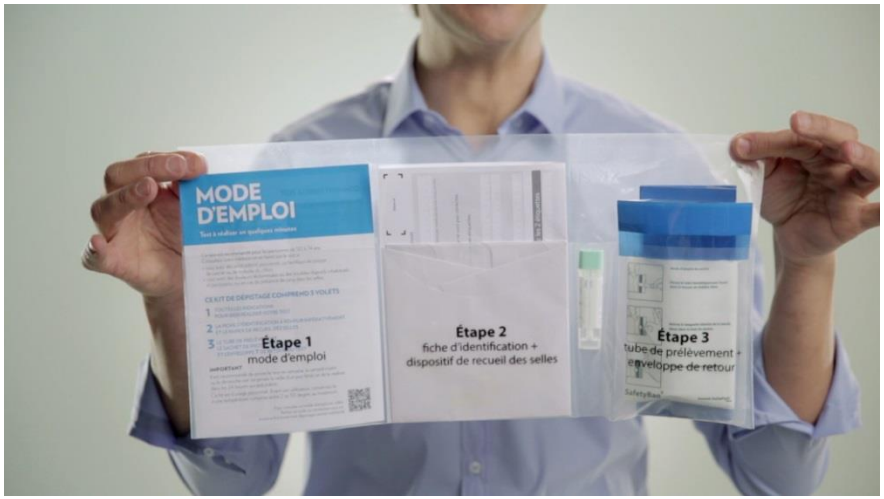
INFORMATIONS ET OUTILS POUR AGIR : *pour vos patients*

Pour vos patients :

- un dépliant d'information
- un mode d'emploi vidéo en plus du mode d'emploi contenu dans le kit
- une vidéo pédagogique
- un espace d'information sur e-cancer.fr

VOUS AVEZ ENTRE 50 ET 74 ANS
LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL TOUS LES 2 ANS, C'EST IMPORTANT
UN NOUVEAU TEST, SIMPLE ET RAPIDE, À RÉALISER CHEZ SOI
e-cancer.fr
INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Une campagne d'information nationale dans les médias en mai 2015.



INSTITUT NATIONAL DU CANCER

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

LES POINTS CLÉS

- **Pour qui ?**
  - 17 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans (risque moyen) **sans symptômes** ni antécédent particulier en rapport avec le cancer du côlon ou du rectum
- **Pourquoi ?**
  - **Favoriser la détection précoce de lésions cancéreuses et précancéreuses et permettre ainsi de meilleures chances de guérison ou d'éviter un cancer**
  - Le dépistage : **« un geste simple qui peut sauver la vie »**
- **Comment ?**
  - **Un test performant, fiable et simple :** le test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles,
- **Commande des kits de dépistage : 2 possibilités**
  - Espace pro d'Ameli.fr : https://espacepro.ameli.fr
  - Structure de gestion en charge des dépistages,
- **Garantir l'identification et l'envoi des résultats** sur la fiche d'identification et sur le tube de prélèvement
  - Vérifier l'identification du patient,
  - Vérifier la présence de votre identification sur la fiche ou compléter avec vos coordonnées,

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

RÉFÉRENCES

- Binder-Foucard F. et al. *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 – Tumeurs solides.* Francim, INCa, InVS, Inserm, Hospices Civils de Lyon, 2013. (Diapos 5, 6, 7)
- Surveillance, Epidemiology and End Results Program (SEER 2014) http://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html. (Diapo 8)
- Wilson J., Jungner G. *Principles and Practice of Screening for Disease.* World Health Organization, 1968. (Diapo 12)
- *Guide méthodologique : comment évaluer a priori un programme de dépistage ?* Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Paris 1995. (Diapo 12)
- Faivre J., et al. « Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study ». *Gastroenterology.* 2004;126:1674-80. (Diapo 15)
- European Commission. *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis.* First Edition. Segnan N., Patnick J., von Karsa L. (eds), 2010. Luxembourg: Publications Office of the European Union. http://bookshop.europa.eu/is-bin/INTERSHOP.enfinity/WFS/EU-Bookshop-Site/en_GB/-/EUR/ViewPublication-Start?PublicationKey=ND3210390. (Diapo 15)
- Ventura L., et al. « The impact of immunochemical faecal occult blood testing on colorectal cancer incidence ». *Digestive Liver Disease*. 2014 46:82-6. (Diapo 15)
- *Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France – Résultats 2009-2010.* Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, 2013. (Diapos 16, 17)
- http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Evaluation-du-programme-sur-la-periode-2010-2011 (Diapos 16, 17)

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

RÉFÉRENCES

- http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2013-2014 (Diapos 16, 17)
- Brenner H., Tao S. « Superior diagnostic performance of faecal immunochemical tests for haemoglobin in a head-to-head comparison with guaiac based faecal occult blood test among 2235 participants of screening colonoscopy ». *European Journal of Cancer.* 2013 Sep;49(14):3049-54. (Diapo 17)
- de Wijkerslooth T.R. et al. « Immunochemical fecal occult blood testing is equally sensitive for proximal and distal advanced neoplasia ». *American Journal of Gastroenterology.* 2012 Out ;107(10) : 1570-8. (Diapo 17)
- Hernandez V. et al. « Fecal immunochemical test accuracy in average-risk colorectal cancer screening ». *World Journal of Gastroenterololy.* 2014 Jan; 20(4): 1038-47. (Diapo 17)
- Lee J. et al. « Accuracy of fecal immunochemical tests for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis ». *Annals of Internal Medecine.* 2014 Feb;160(3):171. (Diapo 17)
- Park D. et al. « Comparison of guaiac-based and quantitative immunochemical fecal occult blood testing in a population at average risk undergoing colorectal cancer screening ». *American Journal of Gastroenterology.* 2010 Sept;105(9):2017-25. (Diapo 17)
- Grazzini G. et al. « Immunochemical faecal occult blood test: number of samples and positivity cut-off. What is the best strategy for colorectal cancer screening? ». *British Journal of Cancer.* 2009 Jan 27 ;100(2): 259-265. (Diapo 17)

DÉPISTAGE DES CANCERS PARLONS-EN

RÉFÉRENCES

- Hol L. et al. « Screening for colorectal cancer: random comparison of guaiac and immunochemical faecal occult blood testing at different cut-off levels ». *British Journal of Cancer.* 2009 April 7 ;100(7): 1103-1110. (Diapo 17)
- van Rossum L.G. et al. « Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population ». *Gastroenterology.* 2008 July. 135(1):82-90. (Diapo 18)
- Hol L. et al. « Screening for colorectal cancer: randomised trial comparing guaiac-based and immunochemical faecal occult blood testing and flexible sigmoidoscopy ». *Gut.* 2010 Jan;59(1):62-8. (Diapo 18)
- Étude sur la pratique des coloscopies en France. Assurance maladie – 6 décembre 2012. http://www.ameli.fr/espace-presse/communiques-et-dossiers-de-presse/les-derniers-communiques-de-la-caisse-nationale/detail-d-un-communique/2193.php. (Diapo 19)
- Denis B., et al. « Participation in four rounds of a French colorectal cancer screening programme with guaiac faecal occult blood test: a population-based open cohort study ». Journal of Medical Screening. 2015. (Diapo 19)
- *Les Français face au dépistage des cancers.* Boulogne-Billancourt : INCa. 2009. http:// www.ecancer.fr/component/docman/doc_download/9399-les-francais-face-au-depistage. (Diapo 24)
- Bismuth M. *La consultation de délivrance du test Hémoccult dans le cadre du dépistage organisé: étude qualitative* Thèse d'exercice, Université Paris Diderot – Paris 7. UFR de médecine, 2011. (Diapo 24)
- Aubin-Auger I. *Improving Colorectal Cancer Screening in General Practice from Obstacles to Brief Intervention* (dissertation for the degree of doctor in medical sciences). University of Antwerp; 2014. (Diapo 24)